

MALADIES ET MÉDECINE À LA GUADELOUPE AU XIX^e SIÈCLE

PAR
DOMINIQUE TAFFIN

INTRODUCTION

Le rôle des maladies dans l'histoire, et particulièrement dans celle du Nouveau-Monde, a maintes fois été signalé ou étudié. Mais, encore récemment, il semblait que l'histoire des maladies et de la médecine fussent du domaine du médecin plus que de celui de l'historien. Désormais, grâce à l'échange fructueux entamé entre ceux-ci, malgré leurs optiques différentes et grâce à elles, se dégage un vaste champ du « territoire de l'historien ». Une étude des maladies de la Guadeloupe n'y occupe qu'un espace réduit. Elle tente d'explorer un domaine particulier, celui de la zone tropicale, à une époque où les moyens médicaux d'appréhender la pathologie exotique demeurent encore très limités: la microbiologie n'existe pas. Néanmoins, l'histoire de la doctrine et de la pratique médicales est indissociable de l'histoire des maladies, pour cerner la vision médicale du monde antillais et pour expliquer l'évolution de ces maladies.

SOURCES

L'essentiel de la documentation provient, d'une part, des archives du ministère de la Marine, de l'autre, de mémoires médicaux très divers (pour la plupart imprimés).

Les archives de la direction de l'Intérieur à Basse-Terre, à laquelle revenait l'assistance publique, ont disparu: c'est donc à travers la correspondance du gouverneur avec le ministère de tutelle, à laquelle il joignait les rapports du Conseil de santé de la Marine sur la situation sanitaire des troupes ou sur la santé publique, ainsi que par les comptes rendus de son administration que l'on peut se représenter l'importance des maladies et les formes de la pratique médicale. Ces documents sont classés à la Section Outre-mer des Archives nationales dans le fonds Colonies, séries Générali-

tés (dossiers de documentation concernant diverses colonies), Correspondance Générale Guadeloupe (contenant la série des délibérations du Conseil privé, la suite moins complète des registres du Conseil de santé, rapatriés de Guadeloupe), la série géographique Guadeloupe. Divers autres fonds ont été consultés aux Archives nationales (Marine CC²), au service historique de la Marine, à la Bibliothèque de l'École de santé navale de Rochefort... Les dépouillements effectués aux Archives départementales de la Guadeloupe ont été d'un faible apport.

La deuxième masse documentaire consiste dans la volumineuse bibliographie médicale du XIX^e siècle, conservée notamment à la bibliothèque de l'École de médecine ou à celle de l'Académie de médecine.

CHAPITRE PRÉLIMINAIRE

LA « GÉOGRAPHIE MÉDICALE » AU XIX^e SIÈCLE

Les descriptions des principales maladies de la Guadeloupe qu'ont données les médecins du XIX^e siècle se fondent sur des principes hérités des élites médicales européennes de la fin du XVIII^e siècle. Selon les théories de cette époque, le paludisme de la Grande-Terre ou les dysenteries de la Guadeloupe proprement dite s'expliquent par les conditions géologiques : la première île, d'origine sédimentaire au relief assez plat, offre un paysage naturel de mangroves marécageuses ; la deuxième, volcanique, du fait de son humidité est le terrain des dysenteries. Le climat caractérisé surtout par la bipartition saison sèche (carême)-saison humide (hivernage) rend compte de la morbidité saisonnière, différente suivant les « classes » de la population de l'île. En étudiant les éléments naturels (vents, hydrologie, température), les médecins du siècle dernier ont contribué empiriquement à la connaissance de l'écologie de grandes maladies tropicales (fièvre jaune notamment). Mais en s'attachant à une vue trop souvent stéréotypée, ils ont immobilisé l'action sanitaire.

PREMIÈRE PARTIE

LA POPULATION

La Guadeloupe en 1816. — Les bouleversements révolutionnaires ont occasionné d'importants mouvements de population : renouvellement de la population blanche ; très fortes mortalités dans ces années de guerre, dues essentiellement aux maladies. La Guadeloupe tente de renouer avec la « dynamique » de l'Ancien Régime, fondée sur la traite négrière, mais aussi conditionnée par le problème des subsistances.

Évolution générale de la population. — Malgré les incertitudes des

recensements et des registres de l'état-civil, on peut se faire une idée de l'évolution générale de la population : le caractère le plus frappant en est la très faible croissance numérique. L'étude du mouvement des naissances et des décès dans plusieurs communes de la Guadeloupe (Petit-Canal, le Moule) et pour l'ensemble de la colonie montre le déficit du mouvement naturel, dû, plus qu'à des poussées de mortalité, à un décalage moyen entre la courbe des naissances et celle des décès. Il faut néanmoins déjà remarquer que, si le mouvement général est défavorable, il existe de grandes différences entre les « quartiers » de la Guadeloupe : ceux de la Grande-Terre, tels Petit-Canal ou le Moule, sont toujours déficitaires, alors que d'autres comme Vieux-Fort connaissent une relative vitalité démographique.

L'interprétation que donnent les contemporains de ces mouvements révèle une préoccupation majeure : la faiblesse de la natalité dans la population esclave. Certains phénomènes tels que les avortements et la mortalité demandent à être éclairés : s'il n'en est explicitement question que dans les manuels sur la « santé des nègres » de la fin du XVIII^e siècle et du début du XIX^e siècle, leur fréquence pourrait se déduire de l'insistance des autorités sanitaires à former des sages-femmes.

En l'absence d'études démographiques menées selon la méthode des reconstitutions des familles, le problème des chiffres de mortalité infantile et juvénile est à peu près insoluble. Malgré les déficiences de l'état-civil jusqu'aux environs de 1870, la mortalité exogène, imputable à des infections ou des accidents postérieurs à la naissance et sans rapport avec elle, semble très élevée. Les contemporains mettent en cause les conséquences des traumatismes obstétricaux et, surtout, le tétanos ombilical. La mortalité juvénile est tout aussi difficile à mesurer ; elle est cependant très forte : dans la deuxième moitié du siècle, à Petit-Canal, sur 1 000 nouveau-nés, 628 atteignent l'âge de cinq ans, 569 leurs dix ans.

Il faut insister sur la précarité démographique entretenue par l'immigration presque continue (sauf de 1832 à 1850). Si celle-ci représentait aux yeux des habitants-sucriers la seule source de maintien d'une population-main-d'œuvre, elle alimentait une mortalité toujours considérable. Environ 33 000 esclaves africains sont introduits de 1811 à 1831, puis, de 1851 à 1889, 5 900 Africains et 42 326 Indiens, sans que la population générale connaisse de véritable croissance : le taux moyen de mortalité des Indiens est de l'ordre de 50‰, celui de la population de 28 à 30‰.

L'immigration européenne offre un cas particulier. Après l'important courant de l'époque révolutionnaire, elle ne cesse de diminuer, surtout après 1850, date qui marque de ce point de vue un coup d'arrêt : il ne s'agit plus que de militaires, de fonctionnaires, d'ecclésiastiques qui séjournent plusieurs années dans la colonie. C'est essentiellement cette « population flottante » qui est représentée dans les établissements hospitaliers dont les registres ont été conservés. Elle fournit aussi un contingent important aux maladies tropicales.

Chaque catégorie sociale a cherché à expliquer ses prédispositions aux maladies particulières qu'elle éprouve : les Européens, face aux blancs créoles, ont défini des théories médicales de l'acclimatement et de la « créolisation », fondées sur le contraste du tempérament sanguin et fort de

l'Européen et de la constitution bilieuse et légèrement débilitée du créole. Cette typologie fournit aux médecins l'explication des immunités et des sensibilités à des maladies telles que la fièvre jaune et le paludisme. La classe noire est mise nettement à part : sujette à ses maladies particulières, dues à son tempérament lymphatique, elle est néanmoins réputée s'adapter sans difficulté à l'environnement antillais ; elle ne craint pas les traits dominants du climat, chaleur et humidité, mais plutôt ses modifications (« refroidissement »). Les maladies de poitrine prennent donc place à côté des « maladies spéciales aux nègres » (maladies de la peau, du système lymphatique).

La médecine populaire actuelle a assimilé une partie de cette vision médicale des « classes » de la colonie, développée aux XVIII^e et XIX^e siècles.

DEUXIÈME PARTIE

MALADIES ENDÉMIQUES

La morbidité : données quantitatives. — Les principes d'« anthropologie médicale » précédemment exposés déterminent une première classification des maladies qu'il convient de réexaminer à la lumière des données quantitatives sur la morbidité. Or, dans les rapports médicaux et dans la statistique hospitalière n'apparaît qu'un unique critère d'évaluation de la salubrité : la santé des Européens, qui se résume le plus souvent à la santé des troupes. Mais l'amélioration très nette que l'on constate pour celle-ci à partir de 1845-1855 ne reflète pas la réalité sanitaire du pays. En effet, les hôpitaux reçoivent presque exclusivement des militaires et des fonctionnaires en séjour temporaire, alors que l'état des indigents, détenus, esclaves et malades payants qui y sont traités, quoique en petit nombre, laisse entrevoir la fréquence et la gravité des maladies endémiques. On peut en conclure à un décalage entre « situation endémique » et « situation épidémique ». Dans la première, une forte mortalité sévit sur les « basses classes », c'est-à-dire les petits fonctionnaires de la colonie, les détenus, les esclaves, alors que les épidémies se montrent beaucoup moins sélectives.

Il s'agit alors de dénombrer les épidémies et de mesurer les endémies. La chronologie des premières montre l'existence de périodes épidémiques qui tantôt sont assez bien déterminées (fièvre jaune), tantôt constituent un nœud complexe où plusieurs maladies se partagent l'espace géographique ou social de la Guadeloupe et de ses dépendances (épidémies de 1848-1852 : typhoïde, variole, dysenterie ; et de 1860-1863 : variole, diphtérie). Mais lorsque les épidémies restent ponctuelles, elles sont difficilement repérables, à l'exception du choléra de 1865-1866. La présentation en tableau des maladies permet de relever les causes permanentes de morbidité et de mortalité. Malgré les problèmes de classification, on peut définir les grands types endémiques : le paludisme, les dysenteries, ainsi que les « maladies des nègres ».

Le paludisme. — Les différentes espèces parasitaires pathogènes présentes à la Guadeloupe déterminent plusieurs types de fièvres intermittentes, parmi lesquelles les rémittentes occupent le premier rang par leur fréquence et par leur gravité (rémittente pernicieuse souvent mortelle). A l'égard de ces maladies, le diagnostic rétrospectif est souvent incertain, bien que les médecins aient très vite recouru à la thérapeutique spécifique, la quinine: la confusion avec la fièvre jaune n'est pas rare, et surtout, l'association avec une autre maladie est fréquente. Les « fièvres » sont bien la première cause de morbidité et ont leur rôle à jouer dans la mortalité, soit directement (accès pernicieux), soit indirectement (état anémique, qui marque presque tous les natifs de la colonie), avec, en contre-partie, une problématique immunité, acquise ou génétique (drépanocytose).

Avant la découverte de l'agent pathogène et de son vecteur (à partir de 1881), le domaine géographique du paludisme à la Guadeloupe est bien connu des médecins: les quartiers réputés insalubres au XIX^e siècle (Grande-Terre et surtout Pointe-à-Pitre et Abymes, Côte-sous-le-Vent) coïncident presque exactement avec les zones de forte endémie palustre au milieu du XX^e siècle. Tous les indices portent à croire que l'endémie n'a pas régressé notablement entre-temps.

Les dysenteries. — Durant la première moitié du XIX^e siècle, bien que leur multiplicité les rende moins aisément décelables que les fièvres, les « dysenteries » sont, sinon la première cause de morbidité, du moins la première cause de mortalité, après la fièvre jaune, dans les hôpitaux. La Basse-Terre, à cause des eaux qui l'arrosent, est leur zone de prédilection, mais elles se manifestent aussi à Pointe-à-Pitre où, d'après la forme de ces épidémies meurtrières, on peut supposer qu'il s'agit de dysenterie bacillaire (1819, 1823, 1833, 1837). L'amibiase, « dysenterie des pays chauds », aiguë ou chronique, reste néanmoins plus fréquente, nécessitant plus que toute autre maladie des installations sanitaires spéciales (hôpital de convalescence des Saintes), tandis que l'action spécifique de l'ipéca est lentement reconnue. Enfin, l'hypothèse bilharzienne de bien des « diarrhées » ou « dysenteries » est plus que plausible.

La pathologie des habitations. — S'ajoutent à ces deux endémies les « maladies des nègres » qu'expliquent en partie les conditions de vie matérielle de l'esclave puis du cultivateur libre. La réglementation du régime de l'esclave reste médiocrement observée (vêtement, nourriture, habitat, travail), malgré les améliorations des années 1840. Le discours hygiéniste des médecins est généralement paternaliste sinon esclavagiste, sous-tendu d'un racisme plus ou moins évident. Il éclaire cependant sur des maladies telles que le « mal d'estomac », à l'étiologie complexe, la lèpre, le pian ou l'éléphantiasis. A ces maladies considérées comme particulières aux Noirs s'ajoutent les maladies sociales, notamment la tuberculose dont la fréquence chez les Noirs et chez les Indiens ne commence à inquiéter les médecins que dans la seconde moitié du XIX^e siècle, bien qu'elle paraisse avoir sévi dans les ateliers d'esclaves.

TROISIÈME PARTIE

LE PHÉNOMÈNE ÉPIDÉMIQUE: FIÈVRE JAUNE ET CHOLÉRA

Deux maladies peuvent définir deux « types » épidémiques: la fièvre jaune, dont les retours périodiques alimentent une mythologie tenace chez les Européens; le choléra, dont l'unique apparition en 1865-1866 a des répercussions démographiques spectaculaires quoique moins connues.

La fièvre jaune. — Les sources historiques de la peur de la fièvre jaune sont à chercher dans les épidémies du XVIII^e siècle et surtout dans la pandémie de 1790-1805. L'origine de la maladie, d'abord appelée maladie de Siam, serait américaine de l'avis des médecins du XIX^e siècle qui refusent l'hypothèse africaine que suggèrent maintenant nos connaissances: ne sévit-elle pas exclusivement autour du golfe caraïbe avec des poussées jusqu'à Philadelphie (1793) et New York? C'est surtout le désastre de la première expédition britannique à Saint-Domingue (1793-1796), qui se solde par neuf mille morts, répété lors de l'expédition du général Leclerc en 1802, qui fait passer la fièvre jaune au premier rang des fléaux qui menacent gens de mer et habitants des colonies. L'épidémie de la Guadeloupe (1802-1803) en apporte une nouvelle preuve, avec ses quelque deux mille six cents morts.

La peur qui règne dans les équipages et les troupes lors de ces épidémies antillaises trouve un écho auprès des autorités métropolitaines, ministère de l'Intérieur et du Commerce et ministère de la Marine. Directement concernées par les épidémies européennes (surtout celle de Barcelone en 1821), elles encouragent les abondantes publications traitant de la maladie; celles-ci bâtissent une sorte de mythologie médicale de la fièvre jaune plutôt qu'elles n'éclairent sur sa réalité. Les noms de la maladie révèlent la multiplicité des théories dans lesquelles elle s'intègre. Elle entre tour à tour ou simultanément dans les systèmes « humoriste », « broussaisiste »... Ce n'est guère qu'au milieu du siècle qu'elle est à peu près (et encore) sûrement diagnostiquée. Le débat sur son étiologie et sur sa transmission dure jusqu'à la fin du siècle; tandis que l'administration centrale opte sinon pour la thèse contagionniste, du moins pour les applications qui en découlent (sévérité des quarantaines), les autorités et les médecins coloniaux sont résolument anticontagionnistes et s'opposent aux mesures de police sanitaire.

La Guadeloupe reste donc réceptive aux épidémies introduites généralement des Grandes-Antilles: ainsi en 1818, 1824-1825-1826, 1838-1842, 1852-1856, 1868-1869, 1872. Depuis, la fièvre jaune ne se manifeste plus épidémiquement, sauf des alertes épisodiques, comme en 1881. Elle n'est pas, du reste, l'unique responsable des fortes mortalités d'Européens dans les pays chauds: la typhoïde, en 1819, 1825-1826 et 1838, cause des ravages importants, même si sa létalité n'est pas aussi forte; il en est de même pour les rémittentes pernicieuses (paludisme) en début ou en fin d'épidémie. L'épidémie de fièvre jaune de 1852-1856 est importante à bien des égards: c'est la dernière épidémie vraiment violente que connaît la Guadeloupe (environ sept cents à sept cent trente morts dans les hôpitaux

militaires, les décès dans la population étant impossible à chiffrer). C'est aussi alors que s'affine la connaissance de la maladie (transmissibilité, immunité).

Le bilan de ces épidémies doit demeurer prudent : la fièvre jaune est certes la plus meurtrière des maladies des Européens, mais lui disputent la première place dans les causes de décès la dysenterie, la typhoïde et le paludisme perniciosus. Dans la mortalité générale de l'île, elle paraît avoir eu un rôle beaucoup plus effacé, d'abord parce qu'elle reste un phénomène urbain, ensuite à cause de la protection immunitaire (qui n'est cependant pas aussi systématique que l'ont dit les médecins) dont bénéficient bien des créoles.

Le choléra. — En revanche, le choléra, quoique ponctuel, a été beaucoup plus meurtrier. Cette maladie « exotique », diagnostiquée au début comme une fièvre perniciosus, joue un rôle de révélateur de la situation de la colonie une quinzaine d'années après l'abolition de l'esclavage. L'épidémie se déclare dans les faubourgs « cloaques » de Pointe-à-Pitre et étend rapidement ses ravages dans la colonie. Les circonstances de son apparition alimentent une polémique dans laquelle s'affrontent l'administration locale métropolitaine et les grands blancs créoles qui accusent l'incurie des autorités.

Mais surtout le choléra révèle les tensions dans la société coloniale, profondément empreinte du souvenir de l'esclavage. Son ampleur s'explique par les conditions précaires de vie de la population, aggravées par l'ouragan de septembre 1865. L'étude de sa propagation dans les communes met en évidence les facteurs épidémiologiques que sont la structure de l'habitat et les conditions d'hygiène, éléments qui rendent en partie compte de l'inégalité de l'atteinte du choléra.

Les conséquences démographiques du choléra s'insèrent dans le contexte défavorable de la décennie 1860 ; elles ne sont, cependant, comparables à celles d'aucune autre épidémie à la Guadeloupe au XIX^e siècle : 11 939 morts recensés officiellement, sans doute 12 000 à 12 500 en réalité, soit environ 8 % de la population. Mais dans ce chiffre global, des différences très tranchées se dégagent : la population créole noire représente 70 % de la mortalité, alors que les classes « aisées », blancs créoles et Européens, sont plutôt épargnées. Un cas particulier, celui des immigrants indiens, eux aussi épargnés quoiqu'on ne puisse invoquer le bénéfice de bonnes conditions de vie, autorise l'hypothèse de la relative préservation du domaine sucrier. La répartition de la mortalité par âge et par sexe montre que ce sont les femmes au-dessus de trente ans qui ont été le plus touchées, alors que la mortalité des enfants de moins de quatorze ans représente 5 % de cette catégorie. Aussi les conséquences de l'épidémie ne se font-elles pas sentir fortement dans la natalité.

En revanche, une épidémie de cette ampleur se répercute nécessairement sur l'économie : dans l'immédiat, elle a suspendu l'ensemble des activités, notamment du commerce extérieur ; elle a entraîné la diminution de la production agricole, surtout sucrière, d'où des difficultés financières pour les « habitants ». Ces derniers, cependant peuvent résoudre assez vite le problème de la main-d'œuvre lié à cette considérable ponction démographique, grâce à l'accroissement de l'immigration : l'épidémie, en ser-

vant de prétexte à l'intensification d'un courant migratoire important, a sans doute accéléré la transformation du monde rural. En permettant le financement de bâtiments d'exploitation sucrière, la distribution des indemnités a, elle aussi, pu contribuer à ces changements.

QUATRIÈME PARTIE

MÉDECINE ET ACTION SANITAIRE

La profession médicale. — Pendant le XIX^e siècle, la profession médicale présente à la Guadeloupe des caractères particuliers : les praticiens, officiers de santé civils et « docteurs médecins », officiers de santé de la Marine forment un corps hétérogène par leur formation. Les conditions de la loi du 19 ventôse an XI, adaptées à la situation locale restent en application jusqu'en 1897, d'où la permanence d'officiers de santé à l'instruction faible. Les docteurs en médecine, formés en France, progressent nettement dans la considération des habitants. Généralement issus de familles créoles, ils forment de véritables lignées médicales. Mais ces praticiens officiels sont en concurrence avec la médecine parallèle, qu'elle soit le fait de « charlatans » ambulants qui parcourent les campagnes, ou surtout de guérisseurs, de sorciers ou de « vieilles négresses ». La frontière n'est pas toujours nette non plus avec les pharmaciens qui, en plus grand nombre encore, se recrutent parmi les créoles ; formés par la pratique des hôpitaux militaires, ils font parfois le lien entre médecine savante européenne et thérapeutique locale. Les sages-femmes composent la seule profession para-médicale représentée dans presque toutes les communes de Guadeloupe. Le jury médical qui est chargé d'autoriser l'exercice de la médecine, de la pharmacie et de l'obstétrique dans la colonie, se montre très souple, par nécessité, à l'égard des praticiens. Néanmoins, le nombre de médecins connaît une forte baisse au milieu du siècle ; il ne se redresse qu'au cours des dernières années. Plus grave encore est l'inégalité de la répartition géographique qui laisse démunies de médecins les communes de la Côte-sous-le-Vent et du centre de la Grande-Terre, tandis que Pointe-à-Pitre et Basse-Terre sont largement dotées.

Les « médecins de marine ». — La présence des « médecins de marine » dans ces deux dernières villes accentue ce déséquilibre. Toutefois, ce corps militaire joue un rôle très important dans l'action sanitaire : son instance supérieure dans la colonie, le Conseil de santé, supervise le service de santé des hôpitaux de Guadeloupe, s'occupe de la police sanitaire et propose les mesures de santé publique. Le service de santé de la Guadeloupe souffre cependant jusqu'en 1865 d'une inégalité par rapport au service des ports de France, malgré les premières mesures d'assimilation prises en 1835. A partir du milieu du siècle, les alternances du corps de santé de la Marine s'effectuent plus régulièrement entre les services des ports, à la mer et aux colonies, d'où une véritable uniformité de formation des officiers entretenus. Il s'y joint un esprit de corps déjà marqué dans le deuxième tiers du siècle, mais particulièrement vigoureux dans les années 1880. Les officiers de santé de la Marine affirment leurs prérogatives face

à la médecine civile, mais aussi leur « colonialisme » qui prélude à la création en 1890 d'un corps de santé des colonies.

Les hôpitaux militaires. — Les hôpitaux militaires sont longtemps les seuls établissements de soins véritablement organisés. Il leur faut cependant près d'un demi-siècle pour acquérir un véritable prestige. Les cinq hôpitaux de la Guadeloupe (Basse-Terre, Pointe-à-Pitre, Marie-Galante, les Saintes, et le Camp-Jacob, à partir de 1842) desservis par les officiers de santé de la Marine et par les religieuses de Saint-Paul de Chartres, voient, au cours du siècle, s'améliorer leurs installations (notamment le Camp-Jacob et l'hôpital de Pointe-à-Pitre reconstruit en 1843). Ils sont destinés essentiellement à la garnison de la colonie; aussi la diminution de celle-ci leur vaut-elle de traverser une première crise vers 1862-1864. La suppression de l'hôpital de Marie-Galante en 1872, la transformation à la fin du siècle des établissements de Pointe-à-Pitre et de Basse-Terre en « ambulances » (1882) et la nouvelle destination qui leur est affectée (1905) marquent la fin de cette époque.

Les structures sanitaires. — Les structures sanitaires héritées du passé expliquent la faiblesse des équipements publics: le système de l'esclavage faisait obligation au maître de soigner ses esclaves, d'où l'existence d'« hôpitaux d'habitation », rendus en principe obligatoires en 1784. Cette législation est très inégalement interprétée: les bâtiments spéciaux sont souvent des substituts de cachot, les soins médicaux sont prodigués soit par le maître lui-même, très souvent par un esclave âgé. Le médecin n'est pas toujours à portée. Pour les habitations les mieux desservies, il existe un abonnement aux termes duquel le médecin visite périodiquement (généralement une fois par semaine) les ateliers d'esclaves.

Dans les villes, la population libre indigente attend de la charité les secours nécessaires. Les bureaux de bienfaisance des villes, surtout celui de Pointe-à-Pitre, particulièrement riche, assurent aux pauvres inscrits la visite de médecins charitables et payent l'entretien de quelques lits d'indigents dans les hôpitaux militaires. Il n'existe donc dans la première moitié du siècle aucun établissement semblable aux hospices de France.

L'assistance publique. — Avec l'abolition de l'esclavage sont posés les premiers principes de l'assistance publique. Leur application repose sur une ambiguïté: esprit d'humanité à une époque de recrudescence épidémique et souci d'ordre économique et social se mêlent dans la discussion sur la création de salles d'asile (1848-1849) et sur leur transformation en hospices (1850-1854). Les propriétaires cherchent à se décharger sur ces établissements des soins qu'avant 1848, ils étaient tenus de donner à leurs ateliers. Si certains d'entre eux maintiennent les infirmeries d'habitation et les abonnements dans le Nord de la Grande-Terre et dans la plaine du Nord-Est de la Guadeloupe proprement dite, la plupart trouvent plus commode de se défaire de leurs infirmes en les dirigeant sur les hospices de Basse-Terre, de Pointe-à-Pitre, du Grand-Bourg, de Marie-Galante et surtout sur l'hospice Sainte-Élisabeth-des-Abymes et Saint-Hyacinthe de Capesterre. Dès le départ, les difficultés de financement par les communes ou par la colonie font de ces établissements de piètres hôpitaux, mal équipés et mal desservis, malgré la présence des sœurs hospitalières. Ils ne peuvent résoudre la situation endémique des maladies, en particulier dans les zones toujours défavorisées.

Tentatives d'action sanitaire. — Les réalisations sanitaires sont donc à la fin du siècle très insuffisantes. Deux tentatives posent le problème de l'action sanitaire des autorités coloniales: la vaccination antivariolique et la police sanitaire maritime. L'histoire de la vaccine à la Guadeloupe illustre bien l'enthousiasme que suscita d'abord cette découverte. Introduite vers 1803, elle ne se répand qu'à partir de 1819, date où sont créés des comités de vaccine. Le zèle des vaccinateurs rencontre cependant rapidement de sérieux obstacles: celui de la diffusion du procédé, compromise par les pesanteurs psychologiques d'une population mal informée ou hostile, malgré les ravages de la variole encore fréquents dans les soixante premières années du siècle; celui de la conservation du virus qui, bien souvent, ne supporte pas la traversée atlantique. Le rôle du Conseil de santé dans les recherches pour la conservation et la distribution de la vaccine dans la colonie doit être souligné, mais il ne peut assurer la régularité de ce service. Malgré la réorganisation de 1854 qui lie la propagation de la vaccine à la scolarisation, la lutte anti-variolique connaît de longues éclipses, alternant avec un renouveau lorsque sévissent des épidémies dans les îles voisines, comme c'est le cas en 1886-1887 (Jamaïque, Porto-Rico, Martinique).

L'histoire de la police sanitaire connaît, elle aussi, des fluctuations identiques. Elle débute par un refus des commissions sanitaires des ports d'exercer une stricte surveillance. Malgré l'ordonnance métropolitaine de 1822, la police sanitaire à la Guadeloupe reste très rudimentaire, à la satisfaction du monde du négoce qui exerce une pression sur les médecins représentés dans les commissions et ceux chargés des arraisonnements. C'est l'épidémie de choléra de 1865-1866 qui produira le choc nécessaire pour que soit enfin appliquée la réglementation locale, mise sur pied deux ans auparavant. Cependant, les conventions sanitaires internationales demeurent décriées par certains; il faut attendre 1880 pour assister à la réorganisation du service, sous l'autorité d'un directeur de la santé analogue à ceux des ports de la métropole et dont la position est renforcée par les décrets de 1894 et 1896 uniformisant la législation sanitaire des colonies.

Avant les applications des découvertes pasteurienues, il est difficile de mener une action sanitaire véritablement efficace. Par la suite, la mise en œuvre des moyens dont disposent les autorités coloniales demeure encore approximative et, en tout cas, insuffisante, comme en témoigne la persistance des maladies endémiques et sociales jusqu'au milieu du XX^e siècle. La priorité accordée aux nouvelles colonies dans les préoccupations de l'administration centrale à la fin du XIX^e siècle et des moyens insuffisants pour faire face aux réalisations sanitaires nécessaires ont freiné l'amélioration de la situation.

ANNEXES

Une quinzaine de tableaux: tableau synoptique des sources documentaires; statistiques (médecins, épidémies...). — Six cartes présentant divers aspects de la situation médicale à la Guadeloupe.
